

# YÊU CẦU ĐƯỢC GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ BỔ SUNG

WAIVER ENROLLMENT REQUEST

TÊN THÂN CHỦ		SỐ DDD	NGÀY SINH	NGÀY GIỚI THIỆU
VÙNG	NGƯỜI QUẢN LÝ HỒ SƠ	<input type="checkbox"/> Giới thiệu qua dịch vụ Bổ Sung khác <input type="checkbox"/> Mới giới thiệu vào dịch vụ bổ sung		
<b>THẨM QUYỀN THEO LUẬT ĐỊNH</b>				
WAC 388-845-0045 "Khi có chỗ để cho thêm người vào chương trình bổ sung, DDD sẽ xác định thế nào về những người được vào chương trình?" WAC 388-845-0050 "Tôi phải yêu cầu thế nào để được vào chương trình dịch vụ bổ sung?" WAC 388-845-0070 "Có những xác định gì cho biết nếu tôi cần mức chăm sóc của ICF/MR?"				
<b>YÊU CẦU THAY ĐỔI DỊCH VỤ BỔ SUNG ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH (Chỉ điền vào nếu là thân chủ hiện đang hưởng dịch vụ bổ sung)</b>				
DỊCH VỤ BỔ SUNG ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH HIỆN TẠI <input type="checkbox"/> Căn Bản <input type="checkbox"/> Phụ Thêm Ngoài Căn Bản <input type="checkbox"/> Chính Yếu <input type="checkbox"/> Bảo Vệ trong Cộng Đồng		YÊU CẦU ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH VÀO <input type="checkbox"/> Căn Bản <input type="checkbox"/> Phụ Thêm Ngoài Căn Bản <input type="checkbox"/> Chính Yếu <input type="checkbox"/> Bảo Vệ trong Cộng Đồng		
<b>QUYỀN ƯU TIÊN CĂN CỨ THEO WAC 388-845-0045 (Điền vào tất cả những yêu cầu)</b>				
Chỉ được chọn một ưu tiên (1, 2, 3 hoặc Không thích hợp)				
<input type="checkbox"/> 1. Người này hiện đang hưởng dịch vụ bổ sung nhưng đòi hỏi dịch vụ bổ sung khác để đáp ứng nhu cầu của họ. <input type="checkbox"/> 2. Điện ưu tiên: (chọn một trong những điều dưới đây)				
<input type="checkbox"/> Là thành viên trong nhóm được xác định và được tài trợ bởi cơ quan lập pháp. <input type="checkbox"/> Trong tình trạng khó khăn cấp thời để vào ICF/MR vì không đáp ứng nhu cầu sức khỏe và sự an toàn. <input type="checkbox"/> Là mối nguy cho sự an toàn của cộng đồng. <input type="checkbox"/> Hiện đang nhận dịch vụ chỉ của tiểu bang tài trợ mà thôi. <input type="checkbox"/> Là người hưởng dịch vụ bổ sung HCBS có các dịch vụ được cung cấp nhiều hơn những gì họ cần để đáp ứng nhu cầu Sức Khỏe và Phúc Lợi đã được xác định của họ. <input type="checkbox"/> Là người được hưởng dịch vụ bổ sung trong HCBS trước đây từ tháng Tư 2004 và bị mất tình trạng hợp lệ hưởng dịch vụ bổ sung chiếu theo WAC 388-845-0060(9)				
<input type="checkbox"/> 3. Cần các dịch vụ bổ sung Căn Bản để được ở lại nhà của họ. <input type="checkbox"/> Không thích hợp    Không đáp ứng tiêu chuẩn nào nêu trên.				
<b>ĐIỀU KIỆN HỢP LỆ VÀO ICF/MR CĂN CỨ THEO WAC 388-845-0050 (Điền vào tất cả những yêu cầu)</b>				
<input type="checkbox"/> Đã được xác định về sự đáp ứng mức nhu cầu ICF/MR căn cứ theo 15-168 hoặc 15-170A. <input type="checkbox"/> Không đáp ứng mức nhu cầu ICF/MR. <b>NGỪNG LẠI! ĐỪNG ĐIỀN THÊM NẾU KHÔNG HỘI ĐÚ ĐIỀU KIỆN VÀO ICF/MR.</b>				
<b>MỤC TIÊU VỀ CÁC TIÊU CHUẨN CỤ THỂ ĐỂ CHO THẤY RẰNG NGƯỜI NÀY CÓ NHU CẦU NHẬN DỊCH VỤ BỔ SUNG</b> (Điền vào tất cả những yêu cầu)				
<b>Dịch Vụ Bổ Sung Căn Bản</b>	<input type="checkbox"/> Ở với gia đình hoặc tại nhà riêng của họ. <input type="checkbox"/> Có sự trợ giúp vững mạnh. <input type="checkbox"/> Gia đình/người chăm sóc có khả năng để tiếp tục chăm sóc cho người này đang gặp khó khăn nhưng có thể tiếp tục với các dịch vụ bổ túc. <input type="checkbox"/> Không cần dịch vụ cư trú ngoài nhà.			
	<b>Dịch Vụ Bổ Sung Phụ Thêm Ngoài Căn Bản</b>	<input type="checkbox"/> Ở với gia đình hoặc trong một hoàn cảnh sắp đặt khác nhưng trong tình trạng khó khăn <u>nhiều</u> trong việc sắp xếp chỗ ở bên ngoài hoặc không còn được ở trong hoàn cảnh hiện tại nữa. <input type="checkbox"/> Cần ở trong nhà tập thể người lớn hoặc trong nơi cư trú chăm sóc người lớn. <input type="checkbox"/> Đòi hỏi hơn \$6500 mỗi năm cho dịch vụ chương trình ban ngày.		
<b>Dịch Vụ Bổ Sung Chính Yếu</b>		<input type="checkbox"/> Đòi hỏi dịch vụ phục hồi tại nơi cư trú bên ngoài nhà của cha mẹ. <b>hoặc</b> <input type="checkbox"/> Ở chung nhà với cha mẹ/gia đình, nhưng đang gặp khó khăn <u>cấp thời</u> tại chỗ ở bên ngoài mà dịch vụ không nhiều bằng các dịch vụ được cung cấp trong dịch vụ Bổ Sung Phụ Thêm Ngoài Căn Bản.		
	<b>Dịch Vụ Bổ Sung Bảo Vệ Trong Cộng Đồng</b>	<input type="checkbox"/> Đang ở hoặc chuyển vào trong cộng đồng; và <input type="checkbox"/> Đòi hỏi phải có nhân viên giám sát 24 giờ, tại chỗ, để bảo đảm sự an toàn của người khác; và <input type="checkbox"/> Đòi hỏi được trị liệu và/hoặc các dịch vụ về phục hồi chức năng; và <input type="checkbox"/> Đáp ứng đòi hỏi của DDD về "bảo vệ trong cộng đồng."		

**THỜI GIAN ĐỀ NGHỊ BÁO CHO VĂN PHÒNG TRUNG ƯƠNG (Thời gian nhằm phản ánh nhu cầu nguy cấp cho các dịch vụ bổ sung)**

Cấp bách (<24 giờ) Khách hàng đang trong tình trạng nguy hiểm cấp thời và không có sự trợ giúp.

Trong vòng 30 ngày. Sẽ không còn trợ giúp cho sự nguy cấp hiện tại trong vòng 30 ngày.

Không cấp bách.

Điều khác (xin giải thích):

**HOÀN CẢNH SỐNG HIỆN TẠI**

Vô gia cư

Có nhà riêng với sự trợ giúp không phải trả tiền hoặc chưa trả tiền

Có nhà riêng nhưng trợ giúp về cư trú không đủ

Đứa trẻ đang ở chung với cha mẹ/gia đình/người giám hộ

Người lớn đang ở với cha mẹ già (trên 65 tuổi)

Người lớn đang ở với người không phải thân nhân

Bệnh viện tâm thần

Cơ sở y khoa

Nhà giam/trại cải huấn

Đứa trẻ dưới 22 tuổi ở trong nhà bảo dưỡng không phải DDD/nhà tập thể

Hoàn cảnh khác:

**BAN ĐIỀU HÀNH VÙNG**

Đề Nghị Được Chấp Thuận

Đề Nghị Bị Từ Chối

Chú thích:

BAN ĐIỀU HÀNH VÙNG HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH

NGÀY

**SỰ CHẤP THUẬN CỦA VĂN PHÒNG TRUNG ƯƠNG**

Chấp Thuận

Từ Chối

Chú thích:

QUẢN LÝ CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ BỔ SUNG HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH

NGÀY

**NEW WAIVER REFERRAL - FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY (PHẦN NÀY DÀNH CHO VĂN PHÒNG TRUNG ƯƠNG ĐIỀN)**

**RECOMMENDED WAIVER ASSIGNMENT**

Basic

Basic Plus

Core

CP

## Instructions

1. Complete this form when requesting waiver assignment for an individual who is:
  - In a DDD waiver but needs the services of a different waiver;
  - Requesting to be on a waiver after March 31, 2004.
2. The referral date for requests after March 31, 2004 is the date of the request.
3. For persons who requested to be on the CAP waiver prior to April 1, 2004, use their original request date as the referral date.
4. Determine if the person meets one of the priority populations. If the person meets one of the listed priority consideration populations, determine if the person has ICF/MR level of need per the 15-168 or 15-170A form.
5. Proceed to complete the form only if the person meets both conditions.
6. Provide the essential information about the individual's living circumstances and emergent needs.
7. If the person is found ineligible to have their waiver enrollment request entered into the database, consult with your designated regional staff person to review the information and confirm the decision of ineligibility.
8. Once the Regional Administrator has reviewed the request, and either gives their approval or denial, he/she would sign the form and retain a copy, as evidence that their signature is on file.
9. Notification:
  - A. For persons whose waiver enrollment requests are documented in a statewide database:
    - (i) The person/family will be notified by a department approved letter;
    - (ii) The case manager will be notified by e-mail.
  - B. For persons determined ineligible to be placed on the database:
    - (i) The case manager is responsible to send the HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial form (DHS 15-283).
    - (ii) The form includes appeal rights to this denial based on WAC 388-845-0050.
    - (iii) The client/family can appeal per the following rules:
      - WAC 388-845-0045 contains the criteria for "priority considerations".
      - WAC 388-845-0070; 0075; 0080; 0085; 0090; 0095 is the criteria for determining ICF/MR level of care.